

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ ГОЛОВЫ В МИРНОЕ ВРЕМЯ

Протас Р.Н., Кубраков К.М.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Среди всех травм на долю повреждения головного мозга приходится от 30 до 50%. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является самой частой причиной летальности и инвалидности мужчин трудоспособного возраста. В мирное время доминирует бытовой и автодорожный травматизм. Однако, в последние десятилетия, в связи с алкоголизацией населения, криминогенной ситуацией и накоплением оружия все чаще стали встречаться огнестрельные ранения.

Мы поставили перед собой задачу, базируясь на материале Витебской областной клинической больницы, провести анализ причин возникновения и особенностей проявления огнестрельных ЧМТ.

Среди пострадавших были 19 человек (16 мужчин и 3 женщины) в возрасте от 2 месяцев до 60 лет, в том числе 11 мальчиков-подростков. От самодельных «самопалов» получили ранения 7 пациентов, из них двое посредством повреждения черепа и головного мозга металлическими стреловидными «заточками». Вследствие неосторожного обращения с охотничьими ружьями получили множественные лицевые ранения и ЧМТ дробью 5 больных. От взрыва запалов, гранат пострадали 6 человек, в том числе двухмесячная девочка. В одном случае констатировано огнестрельное ранение из табельного оружия.

Распознавание огнестрельных ЧМТ складывалось из данных соматического, хирургического, неврологического, рентгенологического и лабораторного исследований. Диагностические мероприятия начинались с простых с переходом к более сложным, порой инвазивным. В ряде случаев они выполнялись параллельно с реанимационными и лечебными мероприятиями. Наличие металлических предметов в полости черепа затрудняют интерпретацию компьютерной томографии ввиду наличия артефактов. Однако, в последующем, по мере удаления металла, этот метод исследования является наиболее информативным – позволяющим определить ход раневого канала, состояние мозговой ткани, наличие интракраниальных кровоизлияний и др. При необходимости проводилась церебральная ангиография.

В анализируемой группе наблюдались одиночные, множественные и сочетанные ранения. По локализации их можно было подразделить на ранения свода черепа (лобная область, теменная, височная или несколько областей); парабазальные (лобно-орбитальные, ранения глаз, придаточных пазух носа и др.). Имели место различные варианты переломов черепа: вдавленный, дырчатый, раздробленный.

В течении травматической болезни принято выделять 5 периодов: острый, ранних реакций, периоды ликвидации ранних и поздних осложнений, период отдаленных последствий. Начальная стадия (до 3-х суток) является наиболее тяжелой. В клинической картине доминируют гипертензионно-гидроцефальные знаки, эпилептиформные пароксизмы, нарушения витальных функций. В дальнейшем отек – набухание мозга нарастает, формируются гематомы. На 2-3 неделе в гнойно-воспалительный процесс вовлекаются оболочки, головной мозг, желудочки. Вследствие дисфункции гипоталамической зоны наступают висцеральные расстройства.

Проникающие оружейные травмы черепа и головного мозга подлежат обязательной краниотомии под общим обезболиванием. После удаления инородных тел и костных осколков производят отмывание детрита, дренирование раневого канала и наложение приточно-отточной системы. Крайне важно хирургические манипуляции производить в ближайшие часы после получения нейротравмы. Поскольку подобные ЧМТ в половине случаев осложняются внутричерепными гнойно-воспалительными процессами, необходимо использовать максимальное введение антибиотиков последнего поколения.

В остром и раннем периодах травматической болезни головного мозга погибли 5 человек. У 3-х из них сочетанная травма оказалась несовместимой с жизнью. У 5-и пострадавших развились различные гнойно-воспалительные осложнения, однако последние удалось купировать. Больные (14 человек) выписаны из стационара для динамического наблюдения нейрохирурга и невролога.

Конечные результаты при огнестрельных травмах головы зависят от ряда факторов:

- времени и объема оказания специализированной помощи;
- степени повреждения головного мозга;
- токсико-химического воздействия ранящего предмета, миграции его в полости черепа;
- развития гнойно-воспалительных и других осложнений;

- возраста пациентов, наличие у них соматических заболеваний и др.

Таким образом, тяжелые оружейные нейротравмы нередко встречаются и в мирное время. Причем, чаще страдают подростки. Это требует, прежде всего, совершенствования оказания urgentной специализированной медицинской помощи, а также проведения профилактических мероприятий родителями подростков, учителями школ и сотрудниками правоохранительных органов.